

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN Y DEL
DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA
CON EL ESTADO SOBRE LOS CASOS
CON PAGOS PENDIENTES DE
ASISTENCIA PROVISIONAL**

┌

└

┌

└

No. con el estado:
No. con el condado:
No. del trabajador(a):
Distrito:
Fecha:
Nombre del caso:
Se necesita
intérprete: _____ Idioma _____ Dialecto

Esta oficina recibió notificación del pago inicial para usted por la cantidad de \$_____, por concepto de Ingresos Suplementales de Seguridad/Programa Suplementario del Estado (SSI/SSP), correspondiente al período de _____ a _____. En conformidad con su convenio, le cobramos a la Administración del Seguro Social (SSA) la cantidad de \$_____, para reembolsar la cantidad de asistencia provisional que usted recibió en ese mismo período mientras la SSA completaba su solicitud para pagos de Ingresos Suplementales de Seguridad. El saldo que se le debe para este período es por la cantidad de \$_____. La SSA le notificará la manera en que se le pagará a usted el saldo.

PAGO DE SSI/SSP

Si usted no está de acuerdo con el pago inicial por la cantidad de \$_____, que se le pagó por concepto de SSI/SSP, póngase en contacto con su oficina local del Seguro Social. La cantidad del pago inicial de SSI/SSP está sujeta al procedimiento de apelación de la SSA. La petición para que se vuelva a considerar el asunto, debe ser presentada en un término de 60 días que comienzan en la fecha en que usted reciba la notificación de la determinación inicial.

PAGO DE ASISTENCIA PROVISIONAL

Si usted no está de acuerdo con la cantidad que se le cobró a la SSA, por favor póngase en contacto con el Departamento de Servicios Sociales de California. Esta acción está sujeta a la disposición sobre la audiencia con el Estado que se describe en la siguiente página de esta forma.

COMENTARIOS:

Las leyes y/u ordenamientos que rigen esta acción son:

- Sección 46-337 del Manual de Criterios de Elegibilidad y Asistencia (EAS) del Departamento de Servicios Sociales
- Sección 1383(g) del Código 42 de los Estados Unidos (*42 U.S. Code*)
- Sección 416.1910 del Código 20 de Ordenamientos Federales (*20 CFR*)

Si tiene preguntas, por favor comuníquese conmigo.

REPRESENTANTE DEL CONDADO/ESTADO		OFICINA/AGENCIA
TELÉFONO	FECHA	

